



医薬品情報提供許可申請書

西陣病院 殿

発行日 年 月 日

申請日 年 月 日

会社名

申請者

下記医薬品の貴院における情報提供許可を申請いたします。

記

薬効分類名及び番号	商品名 (規制区分)	成分名	規格
用法・用量			
効能・効果 (適応症)			
特徴			
既存薬との相違点			
ガイドラインなどでの 位置づけ			
希望診療科			
比較対象 (既存) 医薬品	採用品同種同効薬	販売年月日	薬価

以上

